ZWEI FÄLLE

VON

RETROUTERINEM SUBPERITONEALEM TUMOR

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. ALBERT DÖDERLEIN

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND GYNAEKOLOGIE

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

ALBAN NAST-KOLB

APPROB. ARZT AUS ROM.

TÜBINGEN

VERLAG VON FRANZ PIETZCKER

1899.

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.

Die Vielgestaltigkeit der Tumoren im Unterleibe ist eine ausserordentlich grosse. Selbst bei sehr zahlreichen Beobachtungen und bei Anwendung aller Hilfsmittel für die gynäkologische Untersuchung kommen daher doch noch immer solche Geschwülste vor, bei denen man, auch unter Zuhilfenahme der Narkose, eine sichere Diagnose nicht stellen kann. In solchen Fällen ermöglicht erst die Laparatomie die Entscheidung und bringt damit zuweilen ganz überraschende Resultate, an die nicht im entferntesten gedacht wurde.

Die überwiegende Mehrzahl der Geschwülste geht bei der Frau von den Genitalorganen aus. In erster Linie vom Uterus und von den Ovarien, weiter von den Tuben, den Parovarien und den Ligamenten. Weniger häufig trifft man Geschwülste, die von dem knöchernen Becken aus sich entwickelt haben. Selten sind die vom Beckenbindegewebe aus gehenden, also subperitoneal gelegenen Geschwülste. Von diesen wurden in der Königlichen Frauenklinik zu Tübingen zwei Fälle beobachtet, welche mir von Herrn Professor Dr. Döderlein gütigst zur Bearbeitung überlassen wurden.

Fall I.

Anamnese: Christine Gerstenecker, 48 Jahre alt, Webersfrau aus Messstetten, Oberamt Balingen, ist seit 28 Jahren verheiratet und will nur einmal an Lungenentzündung krank gewesen sein. Die Mutter starb an der Auszehrung, der Vater an der Wassersucht. Von 6 Geschwistern lebt nur noch ein Bruder; der Mann ist gesund. Seit ihrem 17. Lebensjahr ist sie 4wöchentlich 3—4tägig regelmässig menstruiert, mit starkem Blutverlust, aber ohne Schmerzen. Sie hat 6mal geboren:

die erste Geburt spontan, die zweite eine Fehlgeburt in der 26. Woche, die dritte Zwillinge spontan, die vierte normal, die fünfte spontan, aber totes Kind, die sechste normal vor 12 Jahren. —

Seit 2 Jahren bemerkte Patientin ein allmähliches Grösserwerden des Leibes; die Periode war unregelmässig; längere Zeit konnte der Urin nicht mehr spontan gelassen werden, so dass sie von einer Hebamme katheterisiert wurde; doch erfolgt seit 3 Tagen die Urinentleerung wieder spontan. Auf der linken Seite empfindet sie Schmerzen und giebt an, dass die Geschwulst von links unten heraufgewachsen sei.

Status praesens: Am 26. Oktober 1897 wurde Patientin in die Klinik aufgenommen. Sie ist von kräftiger Konstitution; die Herzthätigkeit etwas unregelmässig, sonst auf Herz und Lungen nichts Abnormes. Die Brüste welk, mit geringem Fettpolster. Der Leib zeigt schlaffe, gerunzelte Bauchdecken mit alten Striae und einzelnen ektatischen Venen. — Die Vulva ist weit, ein alter vernarbter Dammriss und schleimiger Fluor sind vorhanden. Die vordere Vaginalwand ist zwischen den Nymphen sichtbar. Die innere Untersuchung ergiebt folgenden Befund: der Uterus ist so stark eleviert, dass er, mässig retroflektiert und leicht beweglich, völlig im grossen Becken liegt. Der geöffnete äussere Muttermund steht nach vorne gedrängt am oberen Rande der Symphyse; das hintere Scheidengewölbe ist vorgewölbt durch einen im Douglas liegenden, ungefähr kindskopfgrossen, cystischen Tumor, der mit der linken Seite des Uterus in breiter, bandförmiger Verbindung steht. Stärkere Bewegungen des Uterus macht der Tumor in geringem Grade und in entgegengesetztem Sinne mit. Der Fundus uteri steht 3 Querfinger unter dem Nabel, die Sonde geht 9,5 cm ein. Die Blase ist etwas eleviert, der Urin klar und eiweissfrei. — Vom Rectum aus ist der Tumor sehr deutlich zu umgrenzen.

Die Diagnose wurde auf einen linksseitigen, cystischen, intraligamentären Ovarialtumor gestellt.

Am 10. November 1897 wurde die Laparotomie in Äthernarkose ausgeführt. Die Operation ergab eine retrouterine, subperitoneale Cyste. Nach Eröffnung der Bauchhöhle vom Nabel bis zur Symphyse sieht man, dass der Tumor eine Cyste ist, welche sich zwischen dem unteren Teile des Uterus und dem Douglas subperitoneal entwickelt hat, und zwar so, dass der Douglas noch vollständig erhalten blieb. Bei Punktion der Cyste entleert sich klare, sehr stark eiweisshaltige Flüssigkeit, die mit Schwämmen aufgefangen wird. Ein Stück der Wand wird reseciert und

das Innere der Cyste durch Auseinanderhalten der Wandungen sichtbar gemacht. An der rechten Hinterwand der Cyste sitzt ein derber, nussgrosser, carcinomverdächtiger Knoten. Derselbe wird herauspräpariert, wobei der Mastdarm eröffnet wird. Auch links ein ähnlicher, aber viel kleinerer Knoten, der entfernt wird. Nach Resektion eines weiteren Stückes Cystenwand wird der Mastdarm mit Seide genäht. Die Cyste nach der Scheide zu mit Jodoformgaze drainiert und das Peritoneum über der Cyste geschlossen und damit auch die Bauchhöhle. Operationsdauer ca. eine Stunde, Puls blieb immer gut. Die Bauchwunde wurde genäht und ein Verband mit Airolpaste angelegt. —

Die mikroskopische Untersuchung, die von Herrn Dr. Henke ausgeführt wurde, ergab folgenden Befund: Das übersandte Stück besteht aus einem bindegewebigen Grundgewebe, auf dem eine Lage hohes, zumeist einschichtiges Epithel aufsitzt. Mehr in der Tiefe finden sich mehrere adenomartige Reste dieser Epithelien, ohne dass eine atypische Wucherung an ihnen, oder eine Anordnung zu Krebsnestern zu konstatieren wäre. Ausserdem finden sich grössere Kalkkonkremente von der Konfiguration der Psammomkörner. Es dürfte sich um das Produkt einer kongenitalen Keimaberration handeln. —

Der weitere Verlauf gestaltete sich durchaus günstig. Die Temperatur überschritt niemals 38,0°. Aus dem klinischen Verlaufe erwähne ich noch folgende Daten:

11. XI. Puls gut, kann Wasser lassen, hat nicht erbrochen.

18. XI. Der Tampon liegt noch. Heute zum erstenmal ohne Beschwerden Stuhlgang nach Einnahme von Ricinusöl.

21. XI. Anhaltend normale Temperaturen. Entfernung des leicht übelriechenden Tampons.

30. XI. Entfernung sämtlicher Nähte.

3. XII. Darf heute aufstehen.

5. XII. Heute früh wurde plötzlich der Puls schlecht, frequent und aussetzend. Der Kopf wird tief, die Beine hoch gelagert. Auf Äther-Kampherinjektionen, einer Kochsalzinfusion, und Kaffee — Cognac — Champagner wird der Puls besser und hält sich auch den Tag über gut.

6. XII. Puls bleibt gut.

11. XII. Entlassung.

Fall II.

Anamnese: Rosine Flick, aus Litzenhardt, Oberamt Horb, ist 40 Jahre alt und hat nur einmal vor 8 Jahren ohne Kunsthilfe geboren. Seit ihrem 16. Jahre ist sie regelmässig menstruiert. Die Periode ist 4wöchentlich, 5—6tägig mit starkem Blutverlust und früher ohne Schmerzen. Seit einigen Monaten sind Schmerzen im Unterleib und Kreuz vorhanden, die zur Zeit der Periode zunehmen. Hie und da stellt sich Drang zum Urinieren ein. Atypische Blutungen waren nie vorhanden.

Status praesens: Am 30. November 1896 wurde Patientin zum erstenmal in die Klinik aufgenommen und damals folgender Befund verzeichnet:

Die Bauchdecken sind schlaff und enthalten zahlreiche Striae. Die hintere Scheidenwand ist invertiert und vorgedrängt durch das Segment eines glatten, fibromharten, wenig beweglichen, knabenkopfgrossen Tumors, dessen oberer Rand die Spinallinie etwas überragt und beiderseits ca. 1—2 Querfinger von der Beckenwand entfernt ist.

Die Vaginalportion steht links hinter dem horizontalen Schambeinast eleviert. Der Uterus ist nach oben hinaufgezogen, sinistroponiert und sinistrovertiert. Der Fundus steht in der Höhe der Spina ant. sup. sin. und ist ca. 2 Querfinger von ihr entfernt. Die Sonde geht in dieser Richtung 11,5 cm ein. Der Uterus, der also der linken oberen Konvexität des Tumors aufliegt, lässt sich nicht vollständig von dem Tumor isolieren, sondern man kann in der Gegend des supravaginalen Teiles des Cervix eine deutliche stielartige Verbindung zwischen Hinterfläche des Uterus und Vorderfläche des Tumors nachweisen. Wegen dieser Verbindung ist auch die Beweglichkeit des Uterus von oben nach unten verringert. In der Medianlinie, ungefähr der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, fühlt man einen beweglichen, empfindlichen ovariumähnlichen Körper (rechtes Ovarium).

Vom Mastdarm aus glaubt man den freien unteren Rand des Tumors zu fühlen. Der Tumor lässt sich auch vom Mastdarm aus nicht nach oben dislozieren.

Die Blase ist nicht disloziert. Das Ganze macht den Eindruck eines rechtsseitigen intraligamentären Myoms.

Patientin wurde wieder entlassen, hatte aber seitdem fast anhaltend Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Wegen der zunehmenden Beschwerden nahm sie am 17. Mai 1897 abermals die Hilfe der Klinik in Anspruch. Bei der zweiten Aufnahme war der Befund folgender:

Der Tumor reicht rechterseits bis 2 Querfinger breit an den Rippenbogen. Rechts vom Uterus fühlt man einen ovariumähnlichen Körper, links ebenfalls einen kleinen Tumor, der dem linken Ovarium entsprechen wird. Die Beine sind stark ödematös geschwollen, ebenso die Kreuzbeingegend.

Der Urin ist frei von Eiweiss. Die Herztöne sind rein. —

Am 27. Juni wird die Operation durch Herrn Professor Dr. Winternitz vorgenommen (in Chloroform-Äthernarkose):

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird ein reichlich mannskopfgrosser, harter, blutreicher Tumor sichtbar, der vom Peritoneum überzogen ist. Der Tumor geht von der rechten Seite aus. Das Peritoneum überzieht denselben dachförmig, so dass eine Stielbildung nicht möglich ist. Auf der Höhe der Konvexität des Tumors wird ein Schnitt gemacht, um den Tumor auszuschälen, dabei tritt eine sehr starke Blutung ein. Der Tumor wird in 2 Teilen herausgenommen. Dabei zeigt sich, dass die Geschwulst den ganzen Douglas ausfüllt, und tief in das kleine Becken hinunterreicht. Nach der Ausschälung tritt in der grossen Höhle eine starke Blutung auf. Die Blutstillung beansprucht lange Zeit. Es werden einzelne Gefässe gefasst und unterbunden, und dann das Gewebe durch Nähte vereinigt, so dass die entstandene Höhle so gut als möglich beseitigt wird. — Links vom Tumor liegt der elevierte Uterus und das linke Ovarium, rechts vom Uterus das rechte Ovarium. Der Tumor hatte keinen Stiel und konnte als Ganzes ausgeschält werden. Die Bauchwunde wurde durch Naht geschlossen. Dauer der Operation $2^1/_2$ Stunden.

Nach der Operation wird sofort eine Kochsalzinfusion in die Oberschenkelmuskulatur gemacht. Ausserdem werden mehrere Spritzen Äther subkutan beigebracht und ein Cognacklystier gegeben. Darauf wird der vorher sehr schwache Puls wieder kräftiger. —

Der exstirpierte Tumor ist reichlich mannskopfgross, von sehr derber Konsistenz und hat auf dem Durchschnitt makroskopisch das Aussehen eines Fibromyoms. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein Spindelzellensarkom.

Über den günstigen Erfolg der Operation giebt das Krankenjournal folgende Aufzeichnungen:

30. VI. Die Patientin erhält von heute an Champagner. Leichte Temperatursteigerung. Der Puls ist kräftig.

5. VII. Die Kranke klagt über heftige Schmerzen im Bauch. Es

wird Eis aufgelegt und eine subkutane Morphiuminjektion gegeben, worauf die Schmerzen nachlassen.

8. VII. Heute wird Stuhlgang eingeleitet. Die Ödeme an den Beinen und in der Kreuzbeingegend sind bedeutend geringer geworden.

26. VII. Die Kranke darf aufsitzen.

18. VIII. Links hinter dem Uterus eine strangförmige, schmerzhafte Infiltration.

26. VIII. Die Kranke darf aufstehen. Die Infiltration ist nicht mehr nachzuweisen.

29. VIII. Die Kranke wird heute entlassen.

Eine sehr ausführliche Beschreibung eines solchen Tumors bringt Dr. Kaufmann*) (Breslau) im Centralblatt für Gynäkologie.

Die 27jährige Patientin hatte 3mal spontan geboren. Bei der vierten Entbindung wurde, da diese nicht genügend fortschritt, ein Arzt zugezogen, der ein den Beckeneingang verengenden Tumor und infolgedessen abgewichene Lage des Kopfes feststellte. Es gelang, den Kopf zur richtigen Einstellung zu bringen, und die Geburt verlief spontan weiter. Vier Monate später fand Herr Dr. Weinhold bei der Untersuchung den Uterus nach rechts verdrängt durch einen soliden, linksseitigen, im Becken teilweise festsitzenden Tumor, den er für einen wahrscheinlich intraligamentären Ovarialtumor hielt. Bei der Operation erwies sich der Tumor als retroperitoneal, teils im grossen, teils im kleinen Becken, links in der hinteren seitlichen Aushöhlung sitzend, neben und unter dem Promontorium mit einem stielartigen Nebenknoten fest inserierend. Ovarien und Tuben waren beiderseits vorhanden und normal. Nach Spaltung des Peritoneums gelang es, um den Tumor eine trennbare, lockere bindegewebige Schicht zu finden, aus welcher derselbe mit dem Finger zum grossen Teil herausgeschält wurde. Die Lösung aus der Kreuzbeinhöhlung neben und unter dem Promontorium, wo der Tumor mit einem stielartigen Nebenknoten am festesten inserierte, wollte erst nicht gelingen, konnte jedoch schliesslich unter starkem Zug ohne Verletzung des Tumors oder des Periostes vollendet werden. Die Wandungen der Höhle legen sich spontan an einander und da die Blutung eine kaum nennenswerte war, so wurde ohne innere Naht und ohne Tamponade die Operation beendet.

---

*) Centralblatt für Gynäkologie Nr. 8. 1898.

Die Untersuchung des Tumors ergab ein Angiosarkom, als dessen Ausgangspunkt die Gefässe des retroperitonealen Bindegewebes anzusehen sind. Kaufmann giebt eine sehr detaillierte anatomische Beschreibung der Geschwulst, die wir kurz anführen wollen. Makroskopisch stellte sich die Neubildung dar als kleinfaustgrosser, eiförmiger, leicht höckeriger Tumor, von ungleichmässig derber Beschaffenheit, dem wie ein Stiel ein wallnussgrosser, derber Nebenknoten aufsitzt; die Oberfläche ist meist glatt, teilweise höckerig, an einigen Stellen sind gefässreiche, fibröse Gewebsmassen aufgelagert. Die Farbe ist grau-rötlich, einzelne Höcker erscheinen gelblich-weiss, von fluktuierender Konsistenz. Der Durchschnitt zeigt gelblich-weisse, trübe, weiche, feuchte Massen, die in unregelmässiger Weise von derberen, grau-weissen Gewebsmassen durchzogen werden. Auf der Schnittfläche finden sich zahlreiche, cystenähnliche Hohlräume und glasige, strukturlose Stellen, die den Eindruck schleimiger Erweichung oder ödematöser Durchtränkung machen. Hie und da sieht man reichliche, fein verzweigte Gefässe.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen sich im Schnitt aussen Schichten von zellarmem, breitfaserigem, hyalinem Bindegewebe; darin spärliche Blutgefässe. Mehr im Innern des Schnittes nimmt die Zahl der Zellen immer mehr zu, so dass schliesslich das Bild eines reinen Spindelzellensarkomes entsteht. Die Spindelzellen sind in Bündeln angeordnet, die sich in den verschiedensten Richtungen kreuzen. Das Geschwulstgewebe ist reich an weiteren und engeren Blutgefässen mit teils dünner, teils dicker Wandung. Die Blutgefässe liegen vielfach so dicht aneinander, dass ein angiomartig, kavernöses Bild entsteht.

Ein weiterer Fall dieser Art wurde von Sänger*) beobachtet.

Eine 42jährige Frau hatte 9mal geboren, von der sechsten Entbindung an stets mit Kunsthilfe: Die sechste Geburt wurde durch Kraniotomie beendet; die siebente endete im sechsten Monat mit Abort; bei der achten Fusslage und Extraktion eines toten Kindes; bei der neunten Entwicklung eines lebenden Kindes mittels Zange nach vorgängiger Punktion vom Mastdarm aus. Die Wochenbetten verliefen stets normal. Bei der Untersuchung erwies sich die das Geburtshindernis abgebende Geschwulst als eine kindskopfgrosse, vorwiegend in der rechten

*) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1890.

Beckenhälfte sitzende Dermoidcyste, welche bei Druck vom Hypogastrium her auch vom Damm aus zu fühlen war. Der Uterus war nach links oben gedrängt, Mastdarm und Scheide waren nach links vorn geschoben und umgaben die Geschwulst schalenartig so, dass sie von letzterer aus nur unter doppelter Durchbohrung der Scheide hätte erreicht werden können. Zur Sicherung der Diagnose wurde eine Probeaspiration vom Mastdarm aus gemacht. Diese lieferte 400 ccm einer milchkaffeeartigen, mikroskopisch aus Fettdetritus und Cholestearinkristallen bestehende Flüssigkeit. — Vier Monate später, nachdem die Cyste sich wieder gefüllt hatte, wurde die Radikaloperation gemacht, und zwar vom Damm aus, ein Verfahren, für welches Sänger die Bezeichnung „Perineotomie" vorgeschlagen hat, und die weiter unten genauer beschrieben werden wird. Der Erfolg war ein durchaus günstiger. Nach 4 Wochen hatte sich die Wunde völlig geschlossen und war vollkommene Heilung eingetreten.

Die Entstehung dieser Dermoidcyste führt Sänger auf Abschnürungen des His'schen Achsenstranges oder Einstülpungen des Ektoderms zurück.

Die häufigsten im Beckenbindegewebe primär entstehenden Neubildungen sind die Fibromyome. Während man früher das primäre Vorkommen dieser Geschwülste leugnete und sie als ursprünglich vom Uterus ausgehend betrachtete, ist jetzt das Vorkommen derselben sicher nachgewiesen worden. Sie gehen aus von Bündeln glatter Muskelfasern, die in die Bandapparate der Gebärmutter eingelagert sind. Die Grösse der Geschwulst ist sehr wechselnd, bis zu Mannskopfgrösse, ihr Wachstum ist ein langsames. Diese Myome können natürlich dieselben Veränderungen, Erweichung, fettige Degeneration, Verkalkung, auch Vereiterung und Verjauchung, durchmachen, wie sie an den Myomen des Uterus beobachtet werden. Ihre klinischen Erscheinungen unterscheiden sich nicht von denen anderer Tumoren des Beckenbindegewebes. Die Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane, welche schon verhältnismässig früh aufzutreten pflegen, sind dieselben. Der Tastbefund lässt auch hier vielfach im Stich und manche Verwechslungen kommen vor, besonders wenn es sich

um cystisch degenerierte Myome handelt, welche intraligamentäre Ovarialcysten oder Dermoidcysten vortäuschen können.

Zu den Seltenheiten gehören die primären Sarkome des Beckenbindegewebes. Von Sänger wurden aus der Litteratur sieben Fälle zusammengestellt. Ihnen reiht sich jetzt der im Centralblatt für Gynäkologie 1898 von Kaufmann beschriebene, oben ausführlicher behandelte, und der in hiesiger Klinik beobachtete Fall an. Meist handelt es sich um Fibrosarkome, deren Vorkommen sich durch sarkomatöse Degeneration vorhandener fibromatöser Geschwülste zwanglos erklären lässt. Doch ist auch ein Chondrosarkom, ein Medullarsarkom, und ein Cystosarkom beobachtet worden. In unserem Falle war es ein Spindelzellensarkom; Kaufmann beschreibt ein Angiosarkom. Die Grösse variiert von Kleinfaustgrösse bis zu Mannskopfgrösse. Das Wachstum ist ein sehr rasches. Für die Diagnose bieten diese Geschwülste nichts charakteristisches. Die Prognose ist schlecht. Von den von Sänger beschriebenen Fällen starben fünf im Anschluss an die Operation, eine zeigte schon nach einem Jahre umfängliche, multiple Metastasen im Abdomen.

Lipome dieser Gegend sind bis jetzt nur in drei Fällen sicher beobachtet worden. Zweimal waren es kleine Geschwülste, die vom ligamentum rotundum ausgingen. Im dritten Fall (Pernice) wird als Ausgangspunkt das fetthaltige Bindegewebe in den seitlichen Beckenabschnitten angesehen. Der Tumor wog 15½ kg und bot so ausgesprochene Fluktuation, dass er für ein Ovarialcystom gehalten und zur Verkleinerung vergeblich die Punktion versucht wurde.

Dagegen sind Dermoidcysten in grösserer Zahl schon beschrieben worden. Sänger hat in den »Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1890« zehn solcher Fälle aus der Litteratur zusammengetragen. Den von ihm selbst operierten haben wir oben ausführlich geschildert. Fünf weitere Fälle sind in Veits »Handbuch der Gynäkologie« erwähnt, so dass

also im ganzen sechzehn Fälle bis jetzt bekannt geworden sind. — Der Sitz der Dermoidcysten ist vorzugsweise die linke Beckenhälfte und das Paraproktium. Sie breiten sich gegen den Damm hin aus und verdrängen dabei die Beckenorgane nach der entgegengesetzten Seite. Sie erreichen bis Kindskopfgrösse, ihr Wachstum ist ein ausserordentlich langsames. Die Form ist rundlich oder oval, zuweilen lappig. Nur selten finden sich in der Cyste Haare oder Knochen, meist nur eine bräunliche, »milchkaffeeartige« Flüssigkeit. Als Anhaltspunkte für die Diagnose dieser Geschwülste führt Sänger neben dem charakteristischen Sitz an: Die Hervorwölbung der Damm- und Gesässgegend, den Nachweis blosser Empordrängung des Uterus ohne Entfaltung der breiten Mutterbänder, das Vorhandensein normaler Ovarien neben der glatten elastischen Geschwulst, langsames Wachstum unter geringen Beschwerden, und als letztes Hilfsmittel die Probepunktion, welche den charakteristischen Inhalt der Cyste zu Tage fördert.

Die Dermoidcysten geben häufige Geburtshindernisse ab. Freilich sind dies meist von den Ovarien ausgehende Geschwülste, doch ist in einem solchen Fall stets auch an ein Dermoid des Beckenbindegewebes zu denken, das eine ganz andere Beurteilung und Behandlung erfordert. Während der Geburt wird allerdings die Differentialdiagnose kaum sicher zu stellen sein, da alle oben angeführten Anhaltspunkte mit Ausnahme der Probepunktion teils in Wegfall kommen, teils unsicher werden.

Eine grosse Anzahl Tumoren nimmt ihren Ausgang von im Beckenbindegewebe eingeschlossenen embryonalen Gebilden. Dies sind stets Cysten und sie stammen zum grossen Teil von Resten des Epoophoron, weiterhin vom Müller'schen und Wolff'schen Gang. Meist erreichen sie nur geringe Grösse, bei stärkerem Wachstum machen sie die für intraligamentäre Tumoren charakteristischen Erscheinungen.

Wie weit die Verlagerung von accessorischen Nebennieren

in die breiten Mutterbänder an der Bildung von Beckenbindegewebstumoren teilnimmt, ist noch nicht aufgeklärt.

Von Lymphcysten des ligamentum latum ist nur ein einziger Fall veröffentlicht worden. Er betraf ein $3^1/_2$jähriges Mädchen. Die Geschwulst, eine grosse, dünnwandige Cyste, mit gelblichem, undurchsichtigem Inhalt, wurde durch Laparotomie entfernt und glatte Heilung erzielt.

Primäre Echinokokken sind im Beckenbindegewebe schon öfters beobachtet worden. Der Lieblingssitz derselben ist die hintere Beckenhälfte und das retrocervikale Bindegewebe. Sie erreichen bis Mannskopfgrösse, zeigen bei glatter Oberfläche kuglige Gestalt und prall elastische Konsistenz. Ihr Wachstum ist ein ausserordentlich langsames. In ihren Erscheinungen unterscheiden sie sich nicht von denen anderer Tumoren dieser Gegend. Spontaner Durchbruch in Mastdarm, Blase, Gebärmutter und Scheide, aber auch Vereiterung und Verjauchung sind schon beobachtet worden. Die sichere Diagnose ist nur durch die Probepunktion und den Nachweis der Haken und geschichteten, hyalinen Membranen in der Punktionsflüssigkeit zu stellen. Das sonst für Echinokokkenblasen charakteristische Hydatidenschwirren wurde an dieser Stelle nie gefunden.

Ganz alleinstehend ist die Beobachtung eines Falles von primärer Aktinomykose des Beckenbindegewebes aus der Billroth'schen Klinik (Medizinische Jahrbücher 1883, III und IV). Die Geschwulst sass in der linken Beckenhälfte, reichte bis zum oberen Rand der Symphyse und war in der Leistengegend durch die Bauchdecken durchgebrochen. Aus dieser Fistel entleerte sich blutiger, körniger Eiter. Die 30jährige Frau kam erst im letzten Stadium in klinische Behandlung und die Diagnose wurde erst durch die Sektion klargestellt.

Vor der Operation wird eine sichere Diagnose dieser extraperitonealen, retrouterin gelegenen Tumoren nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gestellt werden können. Zunächst

bietet der Symptomenkomplex nicht viel charakteristisches. Die Tumoren machen in ihren Anfängen gar keine Beschwerden. Erst bei ihrem allmählichen Wachstum machen sich die mechanischen Verdrängungserscheinungen geltend oder die Geschwulst wird bei einer Entbindung zu einem Geburtshindernis. So war in den von Kaufmann und Sänger beschriebenen beiden Fällen die Geschwulst ganz symptomlos gewachsen, und es wurde ihr Vorhandensein erst während der Geburt festgestellt. Die Neubildung hatte allerdings noch keine bedeutende Ausdehnung gewonnen.

Hat der Tumor erst eine gewisse Grösse erreicht, so macht sich die Verdrängung und Behinderung der angrenzenden Organe geltend. Die Druckerscheinungen äussern sich von Seite des Mastdarms und der Blase, so dass Stuhl- und Harnverhaltung eintreten. Schmerzen sind nur in geringem Masse vorhanden. Dies sind Erscheinungen, wie sie auch jeder andere grössere im Becken befindliche Tumor darbieten kann.

Bei der inneren Untersuchung sind die Blase und der Uterus gegen die Geschwulst gut abzugrenzen. Letzterer liegt vor derselben, und ist in toto emporgedrängt, dabei nach rechts oder links von der Mittellinie abgewichen. Bei der Sondenuntersuchung findet man ihn etwas verlängert. Wichtig ist das Verhalten der Ovarien; doch wird es bei der Verschiebung der Beckenorgane nicht immer leicht sein, beide Ovarien herauszutasten und ihre Integrität festzustellen. Gelingt dies, so ist natürlich die Diagnose um vieles erleichtert, da jede von den Ovarien ausgehende Neubildung ohne weiteres ausgeschlossen werden kann. Für einzelne Fälle führt Sänger als diagnostisches Merkmal auch noch die Hervorwölbung der Damm- und Gesässgegend an.

Besonders zu achten ist auf die Anamnese und den Verlauf. Die Geschwülste wachsen langsam und ohne Schmerzen zu machen. Eine Verwechslung mit einem Exsudat ist bei dem völlig fieberlosen und schmerzlosen Verlauf wohl auszuschliessen.

Gegen die Verwechslung mit einer retrouterinen Haematocele wird die genaue Aufnahme der Anamnese schützen. Da diese am häufigsten im Anschluss an tubaren Abort vorkommt, so hätte man als Symptom Blutungen. Auch wäre in solchen Fällen die Periode ein- oder zweimal ausgeblieben. — Auch gestielte im Douglas gelegene Myome können Anlass zu Täuschungen geben. Doch wird sich der Zusammenhang derselben mit dem Uterus in den meisten Fällen nachweisen lassen. Am leichtesten ist eine Verwechslung mit einer im Lig. latum eingeschlossenen Parovarialcyste möglich; und diese wird sich nicht immer vermeiden lassen.

Für die Therapie dieser Geschwülste kommt natürlich nur die operative Entfernung in Betracht. Es handelt sich dabei um drei verschiedene Operationen. Jede sucht auf einem anderen Wege ihr Ziel zu erreichen.

Sänger hat in seinem Fall die Geschwulst vom Damm aus entfernt, und für dies Verfahren die Bezeichnung »Perineotomie« eingeführt. Von einem Längsschnitt aus, der leicht schräg über den Damm hinweggeht, Eröffnung des cavum ischio-rectale, Durchtrennung des Musc. levator ani, Spaltung der fascia pelvis, wodurch die Geschwulst zu Gesicht kommt, und so extraperitoneal bequem entfernt werden kann. Vollständige Schliessung der Wunde nach vier Wochen.

Dies ist ein Verfahren, das bei vollständig gesicherter Diagnose gut verwendet werden kann und den Vorteil hat, dass eine Eröffnung des Peritoneums dabei vermieden wird, wenn nicht wie bei uns (Fall II) der Peritonealüberzug der Geschwulst sehr fest anhaftet.

Weniger empfiehlt sich die Operation per vaginam, welche in neuerer Zeit ja vielfach gemacht wird. Ihre Vorzüge liegen auf der Hand: Die Kolpotomie setzt nur eine kleine, äusserlich gar nicht sichtbare Wunde, die Alteration der Därme wird vermieden, die Gefahr später eintretender Bauchhernien, wie sie bei der Laparotomie in Betracht kommt, ist behoben. Aber die Über-

sicht über das Operationsfeld ist, namentlich bei nicht sehr weiter Scheide, eine geringe. Dadurch ist die Blutstillung sehr erschwert und die Gefahr der Nebenverletzungen, besonders der Ureteren, eine ziemlich grosse und, trotz grosser Vorsicht, nicht immer zu vermeiden. Die Ausschälung der Tumoren ist unmöglich; so wäre in unseren beiden Fällen die Kolpotomie nicht ausreichend gewesen, in dem ersten Fall wegen der Verwachsung der Geschwulst mit dem Rektum, und im zweiten wegen der starken Blutung, deren Stillung mindestens sehr erschwert gewesen wäre.

Als dritte Operation kommt noch die Laparotomie in Betracht, und diese ist wohl die empfehlenswerteste. Ihre Gefahren sind ja jetzt so geringe, dass sie ohne Bedenken angewandt werden kann. Die grosse Übersichtlichkeit, die leichte Blutstillung sind so grosse Vorteile, dass sie die Gefahr der doppelten Durchtrennung des Peritoneums weit überwiegen. Namentlich bei der Schwierigkeit einer sicheren Diagnose wird die Laparotomie in den meisten Fällen jedem anderen Verfahren vorzuziehen sein. Dass mit ihr ausgezeichnete Resultate erzielt werden, zeigen die beiden in der hiesigen Klinik operierten Fälle.

„Meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Döderlein, sowie Herrn Professor Winternitz erlaube ich mir an dieser Stelle für die Anregung zu dieser Arbeit, wie auch für die Überlassung des Materials und ihre liebenswürdige Unterstützung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen".